N° 13

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA DOTHIENENTÉRIE

OBSERVÉE

A L'HOPITAL MARITIME DE BREST, DANS L'ANNÉE 1835.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 4 MARS 1836;

Par Prosper Panaget,
De Brest (Finistère);
Chirurgien entretenu de seconde classe de la Marine, au Port de Brest;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Non est in medico semper relevetur ut æger.
Interdum doctâ plus valet arte malum.
(Ovid., *de ponto, lib. I, eleg. IV.*)

A MONTPELLIER,
Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur, place d'Encivade, n° 3.

1836.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour sans bornes.

A MONSIEUR

LEGRIS-DUVAL,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, PREMIER MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE AU PORT DE BREST.

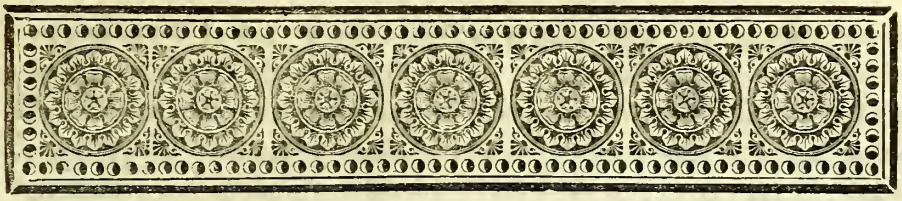
Vos talens et votre humanité commandent l'estime, l'admiration; vos bontés vous assurent à jamais ma reconnaissance.

P. PANAGET.

Frappé, pendant le cours de mes études médicales, de la diversité des opinions que j'entendais émettre sur le siége et la nature de *la fièvre typhoïde* ou de *la dothinentérie*, j'étais désireux de connaître la vérité, de fixer, s'il se pouvait, mon jugement sur cette question. Dans la vie nomade, inhérente à la condition de tout chirurgien de marine, j'avais bien recueilli de loin en loin quelques faits relatifs à cette maladie; mais épars et isolés, ils étaient de peu de valeur, et j'attendais du temps, pour m'éclairer sur ce point de médecine, des circonstances plus favorables. Le hasard est venu me servir à souhait en me mettant tout récemment à même d'observer, à l'hôpital maritime de Brest, une épidémie de dothinentérie.

Obligé de subir ma dernière épreuve, nulle maladie ne m'a paru donc plus intéressante à étudier: en la choisissant pour sujet de ma thèse inaugurale, je n'ai pas eu la prétention de vaincre les difficultés

et de résoudre les questions qui se rattachent à son histoire ; mon seul but a été de présenter quelques considérations sur une affection que j'avais vue, et en même temps de faire connaître les travaux importans entrepris sur la dothinentérie. Cette tâche était longue et au-dessus de mes forces; mais plus les difficultés étaient grandes, plus j'ai compté sur l'indulgence de mes juges, qui, j'ose l'espérer, daigneront ne voir, dans ce faible travail, que l'expression de mon vif désir de m'instruire et de dissiper mes doutes, tout en remplissant un dernier devoir.



QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA DOTHINENTÉRIE

OBSERVÉE

A L'HOPITAL MARITIME DE BREST, DANS L'ANNÉE 1835.

La maladie qui fait l'objet de cette dissertation se trouve décrite, dans les auteurs, sous un grand nombre de dénominations différentes qui, pour la plupart, rappellent soit les théories médicales des diverses époques, soit un des symptômes, ou bien encore une des altérations organiques de l'affection. Pour se convaincre de cette vérité, il suffit d'ouvrir le traité de la fièvre muqueuse de Rœderer et de Wagler; de lire ce que dit Stoll sur la fièvre putride, Pinel sur la

fièvre ataxo-adynamique; ce que MM. Petit et Serres rapportent de la fièvre entéro-mésentérique, et M. Broussais de la gastro-entérite intense. Depuis quelque temps, les pathologistes modernes lui ont aussi imposé d'autres noms : c'est l'entérite folliculeuse de M. Scoutetten, la fièvre typhoïde de MM. Louis et Chomel, et enfin la dothinentérie de M. Bretonneau. En voyant une synonymie aussi variée, on conçoit d'avance combien doivent être grandes les divergences d'opinions émises sur cette maladie; et ces noms si nombreux, en privant le langage médical de toute la précision qu'il devrait avoir, ne sont propres qu'à arrêter la science, et à porter dans les esprits du trouble et de la confusion. Si l'on jette un coup d'œil rapide sur les nouvelles dénominations, on les trouve toutes aussi fausses que les anciennes : celle de *fièvre typhoïde* nous semble plus propre à faire connaître un des caractères de la maladie, qu'à offrir de suite à l'esprit une idée claire et précise de son siége. L'expression d'*entérite folliculeuse* indique bien l'élément de l'intestin malade, mais elle n'est pas suffisante, parce que, d'après l'acception que lui donne son auteur, elle ne représente qu'une des formes de la maladie. Enfin, vient le nom de *dothinentérie* de M. Bretonneau (de δοθιὴν, *bouton, furoncle, pustule*, ἐντέρον, *intestin*), qui manque, aussi bien que les autres, d'exactitude, car il n'exprime ni le siége précis ni les symptômes de la maladie. Malgré son imperfection, comme il désigne la nature des lésions intestinales, nous l'adoptons, sans partager entièrement pour cela les théories et les opinions de son auteur.

MM. Petit et Serres publièrent, en 1813, que la fièvre *entéro-mésentérique* présentait toujours des lésions constantes de la muqueuse intestinale à peu près identiques, et ils les donnèrent dès lors, sans hésiter, comme caractère anatomique de cette maladie; mais, bien que ces auteurs aient signalé le lieu où ces lésions se trouvaient les plus nombreuses, ils n'avaient pas soupçonné quel était le principe constituant de l'intestin qui en formait le siége spécial. « En effet, il » paraîtrait superflu, disent-ils, de vouloir expliquer la formation » des plaques et de l'engorgement; de rechercher pourquoi ces pla- » ques affectent généralement une forme elliptique; pourquoi elles

» sont d'autant plus multipliées qu'on s'approche du cœcum; pour-
» quoi, enfin, l'on ne les rencontre qu'à la partie convexe de l'intestin,
» et jamais dans les autres points de la circonférence (1). » Ces questions, qui, à cette époque, paraissaient enveloppées d'un voile impénétrable, excitèrent l'attention des médecins, et quelques années plus tard elles furent mises à découvert et résolues complètement par M. Bretonneau, qui proclama les *glandes* de Peyer et de Brunner comme le lieu d'élection constant des lésions, comme le siége de l'éruption qui caractérise la dothinentérie. De nouvelles recherches, entreprises sur ce point intéressant d'anatomie pathologique, sont venues confirmer l'opinion du célèbre médecin de Tours, et démontrent évidemment que l'on doit placer aujourd'hui le siége de la dothinentérie dans la lésion des follicules muqueux, et non dans l'altération des autres parties de l'intestin grêle.

S'il était nécessaire de désigner le siége de la maladie, il ne l'est pas moins de savoir de quelle nature elle est : cette question, qui depuis plusieurs années occupe nos pathologistes, est encore aujourd'hui un sujet de controverse et d'hésitations. MM. Petit et Serres, qu'on ne saurait trop citer pour leur excellent livre, pensent, tout en reconnaissant l'altération intestinale, que cette maladie est le produit d'un principe miasmatique qui, absorbé dans l'intestin, est allé enflammer les ganglions mésentériques, puis causer au loin l'infection des solides et des liquides. Selon M. Bretonneau, qui le premier a fixé l'attention des observateurs sur l'inflammation des follicules muqueux, cette phlegmasie aurait une grande analogie avec la *variole*; il considère la *dothinentérie* comme une maladie accompagnée d'éruption intestinale, et non comme une maladie causée par cette éruption. MM. Leuret, Trousseau et Gendron partagent aussi cette opinion. Parmi les auteurs qui pensent, au contraire, que les symptômes de la dothinentérie dépendent de l'inflammation et de la désorganisation des follicules muqueux, nous citerons MM. Scou-

(1) De la fièvre entéro-mésentérique, pag. 160.

tetten, Roche, Begin, Rayer et Boisseau. A tant d'autorités vient encore s'ajouter celle non moins puissante de M. Andral, qui, n'admettant plus aujourd'hui l'essentialité des fièvres, regarde l'état typhoïde comme étant très-souvent le produit de l'*entérite folliculeuse.*

Placé au milieu d'opinions aussi différentes, toutes appuyées sur des théories plus ou moins spécieuses et développées avec talent, nous avouons notre grand embarras à nous prononcer sur la nature d'une maladie qui, malgré les nombreuses recherches faites jusqu'à ce jour, est encore, il faut le dire, un point de médecine à peu près en litige. Toutefois nous aborderons avec franchise, quoique avec réserve, cette importante question.

Peut-on raisonnablement, et sans forcer les lois de l'analogie, considérer l'exanthème intestinal de la dothinentérie comme une véritable variole? Nous ne le pensons pas. Il est vrai qu'à une certaine époque de la maladie, les follicules engorgés, enflammés et commençant à se déprimer au centre, ont pu offrir quelque ressemblance avec les boutons varioliques; mais ce n'est là qu'un caractère purement physique; et si l'on s'arrête un moment sur ce point pathologique, on voit que la variole et l'exanthème intestinal diffèrent essentiellement l'un de l'autre. 1° Le développement morbide des follicules intestinaux se fait lentement; la variole, au contraire, débute brusquement. 2° Dans l'exanthème cutané, les pustules sont remarquables par l'ordre, la régularité qu'elles affectent dans leur développement, en sorte que l'on peut d'avance et avec certitude annoncer jour par jour les états qu'elles présenteront; ce que l'on ne saurait faire pour l'éruption intestinale dont la marche est incertaine et très-irrégulière. 3° Les élémens qu'occupent les pustules de ces deux affections ne sont pas les mêmes. 4° Enfin, la variole est reconnue contagieuse; ce qui n'est pas démontré pour l'autre maladie.

L'expression des symptômes de la dothinentérie étant presque toujours liée au degré des altérations des follicules intestinaux, nous sommes portés à regarder ces lésions comme jouant un très-grand rôle dans la production des troubles fonctionnels inhérens à la dothinentérie; et, en effet, connaissant l'influence prodigieuse de la

membrane intestinale sur l'organisme, n'avons-nous pas quelque raison de penser que la lésion profonde d'un de ses principaux élémens, *l'appareil folliculaire*, est une cause suffisante pour produire cette perturbation grande de l'innervation et de l'hématose qui constitue l'état typhoïde, état qui, suivant M. Andral, annoncerait que la dothinentérie ne réside plus tout entière dans l'intestin grêle où elle avait pris naissance; il serait en quelque sorte le signal de la participation du sang et des centres nerveux à la maladie. Au reste, quelles que soient les idées que l'on se forme sur la nature de cette lésion intestinale, qu'elle soit primitive ou secondaire, qu'elle soit cause des phénomènes morbides ou qu'elle n'en soit qu'un effet, toujours est-il pour nous qu'elle est d'une haute importance, et que, par sa gravité, elle mérite d'être prise en considération.

CAUSES.

L'étiologie, branche essentielle de la médecine, doit être interrogée dans toutes les circonstances; par elle, l'étude des maladies est plus facile et la thérapeutique mieux conçue; mais bien souvent, malgré les recherches les plus minutieuses sur cette partie, l'esprit n'en retire que des explications hasardées ou peu satisfaisantes; aussi, quand on veut remonter à l'origine des maladies, est-on fréquemment arrêté par le vague qu'on y rencontre. Tous les jours, en effet, ne voit-on pas les mêmes affections se manifester à l'occasion des causes les plus opposées. Il résulte de l'incertitude qui règne sur ce point, qu'on ne peut pas toujours assigner d'une manière positive une cause à la maladie qu'on a sous les yeux. La dothinentérie aurait-elle le privilége d'échapper à cette incertitude? Y aurait-il pour elle l'action spéciale de quelque agent qui lui donnerait naissance? Je l'ignore. Dans l'état actuel de la science, on peut dire que la cause de son développement est tout-à-fait inconnue, et entourée d'une profonde obscurité que le temps et l'observation n'ont pu en-

core dissiper. Toutefois c'est en impressionnant sans doute d'une manière spéciale le système nerveux, et en agissant aussi sur le sang, que la cause première, quelle qu'elle soit, favorise l'apparition des lésions qui donnent lieu à ces grands troubles fonctionnels que l'on remarque dans cette maladie. Il faut aussi, nous le croyons, pour rendre compte de l'identité des lésions organiques, admettre une prédisposition individuelle, sans laquelle la cause ne saurait avoir d'action.

C'est par un de ces beaux étés, si rares dans notre province, et sous l'influence d'une température élevée, que s'est montrée, à Brest, la dothinentérie; pendant toute cette saison, le thermomètre s'est constamment maintenu du 20e au 25e degré de Réaumur, et les vents ont presque toujours soufflé de la partie de l'est. Nous ne savons si, dans cette constitution atmosphérique, on peut trouver une cause suffisante pour expliquer l'invasion de cette maladie qui a régné d'une manière épidémique; mais toujours est-il qu'aussitôt que l'automne est venu et avec lui la température froide et humide, on a vu le siége des maladies changer et les dysenteries dominer; cependant celles-ci ont conservé pendant quelque temps encore la physionomie des affections typhoïdes auxquelles elles succédaient.

Quelques autres causes nous ont paru favoriser le développement de la dothinentérie; ainsi on l'a vue de préférence attaquer les jeunes gens de l'âge de dix-huit à ving-cinq ans; passé cette époque, elle n'a pas été observée. Les sujets doués d'un tempérament sanguin, d'un système musculaire développé, en étaient aussi fréquemment atteints, et nous pouvons affirmer que les quatre cinquièmes des malades admis à l'hôpital, offraient cette constitution; il est vrai de dire que tous ces malades appartenaient à des équipages de marine, ou à des régimens de ligne, corps composés généralement d'hommes forts et choisis. Une circonstance prédisposante à la dothinentérie, que MM. Petit, Louis et Chomel ont signalée, c'est l'acclimatement. L'observation semble ici confirmer leur assertion : en ville, chez les habitans, à peine a-t-on soupçonné l'existence de cette maladie, tandis qu'au contraire elle a sévi avec force chez les jeunes soldats

ou marins arrivés récemment à leurs corps (1). Par l'acclimatement, nous n'entendons pas seulement parler de l'influence météorologique sur l'économie, mais bien des changemens apportés dans la nourriture et les habitudes. Et l'on conçoit combien cet acclimatement doit être sensible pour le conscrit; en effet, en changeant de pays, il ne change pas seulement de ciel, il a encore à faire, pour la profession à laquelle il est appelé, une nouvelle éducation morale et physique qui, en modifiant son organisme, le rend souvent impressionnable aux moindres causes morbifiques.

Une question qui n'est pas d'une légère importance, a été souvent soulevée au sujet de la dothinentérie. Il s'agit de savoir si elle est ou non contagieuse? Plusieurs faits racontés par des hommes dignes de foi, tels que MM. Bretonneau, Gendron et Leuret, semblent résoudre la question en faveur de la contagion. Plusieurs autres, au nombre desquels se trouvent des médecins non moins recommandables, MM. Andral, Chomel, Louis, ne l'ont jamais vue revêtir ce caractère. Dans l'épidémie dont il est ici question, nous pouvons dire que, des médecins, chirurgiens ou autres personnes destinées à prodiguer des soins aux dothinentériques, aucun n'en a été atteint, et que, dans nos salles, cette maladie ne s'est jamais communiquée de l'individu qui en était attaqué à ceux qui se trouvaient couchés dans les lits voisins du sien. Malgré ces faits, nous pensons qu'il n'est pas déraisonnable de croire à la transmission de la dothinentérie par voie d'infection, dans certaines circonstances, et sous l'influence de causes particulières.

SYMPTOMES, MARCHE ET TERMINAISON.

La dothinentérie ne s'est pas, dans le cours de l'épidémie, toujours

---

(1) Sur cent quarante hommes à peu près reçus à l'hôpital dans le cours de l'épidémie, cent au moins ne comptaient pas plus de cinq à six mois de séjour à Brest.

présentée sous la même forme : tantôt simple, elle parcourait ses périodes sans accidens et avec régularité ; tantôt et le plus souvent intense, elle revêtait le caractère ataxique ou le caractère adynamique. Ces deux états, que M. Scoutetten a parfaitement décrits, le premier sous le nom d'*entérite villeuse*, et le second sous celui d'*entérite folliculeuse*, ne sont pas toujours assez tranchés pour qu'il soit permis de les distinguer l'un de l'autre ; car, en effet, on voyait fréquemment, chez le même malade, l'état adynamique succéder à l'état ataxique, et *vice versâ* ; et si, après la mort, quelle qu'ait été la forme qu'avait affectée la maladie, l'on interrogeait le tube intestinal, on trouvait que l'altération portait à la fois sur les follicules et sur les villosités de la membrane muqueuse. Aussi, pour éviter les répétitions fastidieuses qu'entraînerait nécessairement la description de ces différentes formes, et pour donner de suite un aperçu général de la marche de la maladie, nous les renfermerons toutes dans un seul et même tableau.

Le début de la dothinentérie était ordinairement obscur pour les malades ; elle s'établissait presqu'à leur insu, en sorte que, fréquemment, les individus n'éprouvant qu'un peu de malaise, de lassitude, continuaient leur service jusqu'à ce que des phénomènes plus graves vinssent les arrêter dans leurs travaux, et les obliger à réclamer les secours de la médecine. Il était rare, par conséquent, que le médecin fût appelé au moment où les malades en ressentaient les premiers symptômes, et il n'en acquérait le plus souvent la connaissance que par leurs rapports. Il apprenait que, dans le principe, il y avait eu de l'inappétence, de la lassitude, de la soif, de la céphalalgie, des épistaxis, de la diarrhée ; quelquefois, mais rarement, de la constipation. A l'entrée à l'hôpital, ces phénomènes précurseurs se dessinaient plus franchement : ainsi la céphalalgie sus-orbitaire était plus forte, les selles plus nombreuses et plus liquides, l'accablement plus prononcé, etc., etc. Dès lors la maladie était établie ; elle suivait son cours et allait se montrer avec ses caractères propres qui ne permettront plus de la confondre avec tant d'autres affections qui ont à peu près les mêmes prodrômes. Cette première période se prolongeait plus ou moins long-temps ; rarement cependant elle durait plus d'une semaine.

Il n'existe pas de ligne de démarcation sensible entre la première et la seconde période ; souvent elles sont confondues, et si nous avons cherché à les séparer, c'est afin d'en faciliter l'étude. Nous allons maintenant exposer les phénomènes dont l'ensemble forme *l'état*, en parcourant successivement les divers appareils où ils se montrent.

Appareil digestif. L'appétit était ordinairement nul; la bouche mauvaise, pâteuse, sa sécrétion visqueuse quelquefois supprimée, et ses parois brûlantes ; la langue présentait divers états : presque toujours rouge à son limbe, elle était tapissée à son centre d'un enduit muqueux, grisâtre ou jaunâtre, d'une tenacité extrême, et formant souvent deux bandes distinctes, séparées par le raphé ; d'autres fois elle était d'un rouge de sang, avait ses papilles affaissées comme dans la scarlatine; humide au début, elle devenait, à mesure que le mal faisait des progrès, sèche, colorante, fendillée, puis se couvrait d'un enduit fuligineux qui allait tapisser les dents et l'intérieur de la bouche. Les malades, dans les premiers jours, éprouvaient quelquefois des nausées, très-rarement des vomissemens. L'abdomen était peu ou point douloureux ; le météorisme de cette cavité ne commençait à se manifester que dans le courant du second septénaire. Les selles étaient toujours diarrhéiques et nombreuses.

Appareil cérébral et organes des sens. Dans le principe, les malades conservaient toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles ; mais plus tard il survenait un trouble cérébral, caractérisé tantôt par des symptômes ataxiques, tantôt par des symptômes adynamiques, suivant la forme qu'affectait la maladie. L'ataxie se traduisait par une exaltation cérébrale, du délire, de la loquacité, des mouvemens convulsifs, désordonnés, des soubresauts des tendons (carphologie), des spasmes des muscles du cou. Le plus souvent l'adynamie prédominait ; il y avait prostration des forces ; les malades étaient plongés dans un état de somnolence, de coma. Ce n'était qu'avec peine qu'on les retirait de cet état de torpeur ; si alors on parvenait à fixer leur attention et qu'on les interrogeât, leur intelligence semblait revenir, et on en obtenait souvent des réponses

justes, mais lentes et difficiles ; le décubitus se faisait ordinairement sur le dos ; la physionomie présentait l'expression de l'abattement, de la tristesse ; l'œil était terne, l'ouïe dure, la peau sèche, rugueuse et brûlante ; enfin, diverses parties du corps se couvraient de pétéchies et de sudamina.

Appareil circulatoire. La circulation se ressentait inévitablement du trouble de l'innervation : le pouls était tantôt plein, fréquent, donnait de cent quinze à cent trente pulsations par minute; tantôt il était faible, petit, comprimé, onduleux, hémorragique, et présageait des épistaxis qui, en se renouvelant plusieurs fois, jetaient les malades dans un état de faiblesse alarmant.

Appareil respiratoire. La dothinentérie, dans le plus grand nombre des cas, ne réveillait aucun symptôme saillant dans cet appareil; quelquefois l'haleine était chaude, d'une odeur fétide désagréable quand la maladie était avancée, et la respiration plus ou moins accélérée.

Cette seconde période, qui a toujours présenté le type d'une pyrexie continue avec des exacerbations le soir, n'avait pas pour tous une durée égale : généralement elle était de douze à quinze jours.

Si la maladie devait avoir une terminaison funeste, tous les symptômes précédemment décrits s'aggravaient : la figure se décomposait, prenait un aspect terreux, livide; les fonctions cérébrales s'embarrassaient; la prostration et l'amaigrissement augmentaient; les yeux étaient ternes, tournés en haut; la peau se couvrait d'une sueur froide, visqueuse; la langue était noirâtre, rétrécie, tremblotante; la bouche, tapissée de fuliginosités, exhalait une odeur repoussante; le pouls s'affaissait de plus en plus, devenait filiforme; les extrémités étaient glacées; enfin, les malades, épuisés et réduits au dernier degré de marasme, ne tardaient pas à succomber.

Ce n'est toujours ainsi que se terminait la maladie : la mort peut arriver presque d'une manière subite, et être le résultat d'une péritonite déterminée par la perforation de l'intestin. Nous avons eu occasion de remarquer ce terrible accident chez deux jeunes soldats qui font le sujet des observations suivantes.

Le nommé Goas, fusilier au 41me régiment, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin avec apparence d'une grande force musculaire, est reçu à l'hôpital, le 10 Août, se plaignant, depuis cinq à six jours, d'éprouver du malaise, de la faiblesse, de la céphalalgie, et d'aller plusieurs fois à la selle. Ce militaire attribue son mal, et peut-être avec raison, à l'alimentation excitante à laquelle il est soumis depuis son arrivée au régiment, alimentation bien différente de celle qu'il prenait dans sa famille, et qui consistait généralement en légumes et bouillies de sarrasin.

A la visite du médecin en chef, le malade accuse une violente céphalalgie sus-orbitaire ; la langue est rouge à son limbe, la soif très-vive; le pouls, plein, donne de 120 à 130 pulsations par minute; l'abdomen est légèrement douloureux à la région iliaque droite; deux selles liquides dans les vingt-quatre heures. (Diète; orge gommée, sucrée et acidulée; saignée du bras 12 onces; trente sangsues à la tête et à l'abdomen; demi-lavement émollient.)

11 Août. Même état; fièvre; pouls, 115 pulsations ; selles fréquentes. (Diète; orge gomm. suc., et acid. ; 20 sangsues autour de l'ombilic; demi-lavem. émoll.)

12 Août. La nuit a été bonne, la fièvre moins forte; l'abdomen, au toucher, ne décèle aucune douleur; la langue est moins rouge, la soif modérée. (Diète; orge gomm., suc. et acid. ; catapl. émoll. sur l'abdomen; demi-lavem. émoll.)

13, 14 et 15. Les symptômes s'amendent, le mieux est sensible.

16 Août. L'amélioration se soutient ; le malade est toujours soumis à une diète rigoureuse et à une médication émolliente.

17 Août. Insomnie, agitation toute la nuit; la langue est rouge, le ventre douloureux, le pouls fréquent, les selles très-nombreuses. Un changement aussi prompt fait craindre quelque écart de régime de la part du malade. Il avoue, en effet, avoir pris, la veille, deux quarts de vin rouge. (Diète sévère; orge gom., suc.; 30 sangsues à l'abdomen; demi-lavem. amylacé; catapl. ém. sur le ventre (*bis.*)

18 Août. Délire toute la nuit; dans le jour, le malade est dans un état de somnolence profonde; la langue est sèche, rôtie; la res-

piration gênée, le pouls fréquent sans être plein, les selles diarrhéiques nombreuses; deux épistaxis légères. (Orge gom., suc.; demi-lavement amyl. (*bis*); sinapismes aux pieds.)

19 Août et jours suivans. Les symptômes typhoïdes deviennent de plus en plus intenses.

24 Août. État de prostration générale, facultés intellectuelles troublées, altération profonde des traits; pouls serré, filiforme; vomissemens continuels et selles involontaires de matières noirâtres, fétides; ventre tendu, météorisé, d'une sensibilité extrême; sueurs visqueuses sur tout le corps; extrémités glacées; mort dans la nuit.

Nécropsie. Arachnoïde injectée légèrement; un peu de sérosité dans les ventricules; consistance normale de la substance cérébrale.

État sain des organes thoraciques.

Péritonite, et épanchement, dans l'excavation du bassin, de matières noirâtres semblables à celles des vomissemens et des selles; plaques dothinentériques nombreuses dans le jéjunum; ulcères larges, gangréneux dans l'iléon : près de la valvule iléo-cœcale, existe, au milieu d'un de ces ulcères, une perforation de quelques lignes qui établit une communication entre la cavité de l'intestin et celle du péritoine; quelques ulcérations isolées au commencement des gros intestins; ganglions mésentériques durs et malades à différens degrés.

La marche de cette maladie est remarquable : dans le principe, les émissions sanguines font tomber les phénomènes inflammatoires, et impriment à la dothinentérie une bonne direction. Tout fait présager une terminaison heureuse; mais le malade commet une imprudence, et dès lors la scène change : la sur-irritation des follicules, produite par l'ingestion du vin, réagit sur le reste de l'économie; l'état typhoïde survient, et le malade, quatorze jours après son entrée à l'hôpital, succombe promptement à une péritonite aiguë, suite d'épanchement.

Le sujet de cette seconde observation est un nommé Pelchat, âgé de vingt-deux ans, fusilier au 7me régiment de ligne. Chez ce jeune soldat, la maladie, après avoir parcouru ses périodes avec une intensité très-grande, semblait marcher vers une terminaison heureuse,

lorsque tout à coup le malade est pris d'une violente douleur de l'abdomen : un frisson intense survient ; des vomissemens fréquens ont lieu ; la pression du ventre est insupportable ; la face se décompose, se grippe, et le malade ne tarde pas à périr au milieu des souffrances d'une violente péritonite.

La durée de la maladie a été de vingt-deux jours. A l'ouverture du cadavre, on trouve, à la fin de l'iléon, plusieurs glandes de Peyer profondément ulcérées, et une perforation assez large. Le péritoine est rouge, enflammé, et contient un liquide noirâtre.

La dothinentérie devait-elle avoir une issue favorable, on commençait à remarquer, du quinzième au vingtième jour, une amélioration sensible : la peau s'humectait et reprenait un certain degré de souplesse ; les sueurs reparaissaient, la langue et la bouche s'humectaient et se dépouillaient de leur enduit fuligineux ; le ventre s'affaissait, les selles diminuaient et prenaient plus de consistance ; les fonctions cérébrales revenaient à leur état physiologique ; le facies exprimait la satisfaction ; et, enfin, le regard plus vif, plus animé, présageait une convalescence prochaine.

Après avoir indiqué la marche et les principaux phénomènes de la dothinentérie, il est indispensable, nous le croyons, de revenir et de s'arrêter sur quelques-uns des symptômes les plus essentiels qui, comme caractéristiques de cette maladie, méritent une attention toute particulière.

La stupeur, symptôme inséparable de la dothinentérie, survenait ordinairement peu après son début. Les malades portaient sur leur physionomie une empreinte de tristesse et d'apathie que les mots ne peuvent rendre. Ce facies est à la fièvre typhoïde ce qu'est le facies cadavérique au choléra-morbus. Le médecin observateur ne se trompera pas sur la valeur de ce signe, et s'en servira pour établir son diagnostic.

Dans le mois d'Août 1835, le nommé Hubin (Pierre), fusilier au 41me régiment de ligne, âgé de 21 ans, d'une constitution sèche, nerveuse, fut placé dans le service de M. Legris-Duval, premier médecin en chef de la marine, sous les ordres duquel j'étais employé.

A la visite du matin, le jour de son entrée, le malade avait la langue épanouie, humide, le pouls normal, la température de la peau douce, le ventre souple, sans douleur; enfin, il n'éprouvait qu'un peu de faiblesse et de lassitude qu'il attribuait aux promenades militaires que faisait son régiment; du reste, il avait appétit et disait qu'il était entré à l'hôpital seulement pour s'y reposer. Interrogé sur le commémoratif, il répondit qu'il avait eu la diarrhée pendant cinq à six jours. Tout portait donc à faire croire que ce jeune soldat était atteint d'une légère indisposition. Cependant le médecin en chef juge, à l'expression toute particulière de la physionomie, qu'une lésion profonde ne se décélant par aucun signe sensible existe, et dès lors il fait connaître toutes ses craintes sur cette affection, qu'il détermine devoir être une fièvre typhoïde.

Ce diagnostic ne tarde pas à se confirmer. A la visite du lendemain, 15 Août, l'altération des traits est prononcée et maintenant peut être reconnue de tout le monde. La peau est sèche et brûlante, la langue recouverte d'un enduit muqueux; les selles sont nombreuses et liquides. (Diète, orge gom. sucr., demi-lavement laudanisé, catapl. émol. sur l'abdomen.)

16 Août. Les symptômes de la veille s'aggravent; la pression de la région iliaque droite y développe de la douleur. (Même médication, plus vingt sangsues *loco dolenti.*)

17 Août. Langue sèche, rôtie, fuliginense; peau brûlante; état de somnolence duquel on retire difficilement le malade; réveillé il a toute sa connaissance: ses réponses sont justes, mais il balbutie et les fait avec peine; affaissement général du système musculaire; selles diarrhéiques fréquentes, de couleur noirâtre. (Quelques révulsifs appliqués aux extrémités inférieures; des demi-bains d'enveloppe sont prescrits.)

18 Août. Même état.

19 Août. Excavation des yeux; expression faciale triste; état comateux profond; langue tremblotante; pouls filiforme; ventre météorisé; extrémités froides, glacées, bleuâtres. Le malade expire après avoir éprouvé quelques mouvemens convulsifs.

Nécropsie. L'iléon et le commencement du gros intestin ont présenté des lésions organiques graves dont l'existence devait être ancienne.

En citant cette observation, nous avons voulu seulement montrer de quelle utilité est pour le médecin l'inspection du facies, puisque en éclairant sur la nature du mal il peut aussi puissamment servir à la thérapeutique. De plus, cette observation prouve que la dothinentérie peut s'établir presqu'à l'insu du malade, et faire des progrès sans produire des phénomènes morbides bien sensibles.

Un autre symptôme qui n'est pas d'une moindre importance, est la diarrhée. Jamais, dans l'épidémie observée, ce symptôme n'a manqué; il en formait en quelque sorte le cachet, et en était un des signes pathognomoniques. La diarrhée commençait avec la maladie et se prolongeait jusque dans la convalescence. Peu forte au début, plus tard elle présentait de grandes variations dans son intensité : les selles étaient quelquefois au nombre de huit ou dix dans les vingt-quatre heures; d'autres fois elles étaient incalculables. Continuées long-temps, elles jetaient les malades dans l'anémie, le marasme; leur peau devenait sèche, aride; le pouls petit et insensible. La nature des selles variait beaucoup sous le rapport de la couleur et de la consistance : les selles qui contenaient des portions de membrane noirâtre comme sphacélée, étaient du plus mauvais augure. Il en était de même de celles qui renfermaient du sang ou présentaient l'aspect du marc de café. Ces dernières sont, pour M. Louis, la preuve certaine d'une affection typhoïde, les évacuations de cette nature n'ayant presque jamais lieu dans le cours des autres maladies. Les déjections alvines étaient quelquefois accompagnées de coliques, mais le plus ordinairement elles étaient involontaires, et les malades n'en avaient pas la moindre conscience.

Un phénomène qui a été donné encore comme inséparable de la dothinentérie, est la douleur abdominale. Sur la moitié au moins des malades que nous avons eu occasion d'observer, elle manquait tout-à-fait; et chez l'autre, elle n'était souvent développée qu'en pressant fortement de la main la région iliaque droite. Aussi ne fallait-il pas accorder trop de confiance à ce symptôme.

Les sympathies entre la peau et la muqueuse intestinale sont si étroitement liées, que l'on pressent les modifications que doivent subir, dans ces membranes, les excrétions au moindre phénomène organique un peu intense. Aussi la température douce et humide de la peau se remarquait-elle lorsque la maladie était peu grave; et cet état physiologique arrivant à quelque époque que ce fût de l'affection, annonçait toujours de l'amélioration. Mais une excitation anormale se passait-elle sur la muqueuse intestinale, la peau devenait alors le siége d'une chaleur brûlante, d'une sécheresse intense par la suppression de son exhalation, et elle présageait toujours une affection grave. Sa température pouvant donner des inductions précieuses sur l'état pathologique de la muqueuse intestinale, ne doit pas être négligée dans l'examen des symptômes. L'enveloppe cutanée présentait encore à observer les pétéchies et les sudamina que quelques auteurs ont donnés comme caractère distinctif de la dothinentérie. Souvent ils ont manqué, et leur apparition n'était pas pour nous toujours un signe de gravité. Nous dirons plus, c'est que les pétéchies et les sudamina ne se sont généralement fait remarquer que dans des affections typhoïdes dont la marche était régulière et les terminaisons heureuses.

Il n'en est pas de même des escarres qui surviennent, dans la période adynamique, au sacrum, au coccyx, au trochanter, et qui suivent en général, dans leur marche progressive, celle de l'altération de glandes de Peyer. Leur apparition a toujours été une complication fâcheuse qui ne faisait qu'ajouter au danger de la dothinentérie, déjà assez grave par elle-même. Le décubitus dorsal, l'affaissement entier du corps, la non réaction de la contractilité musculaire, le peu de vitalité de la peau, etc., ont sans doute une grande influence sur la production de ces escarres gangréneuses; mais si, comme le rapportent plusieurs médecins, ces lésions apparaissent aussi spontanément sur des parties du corps où aucune attrition n'a pu avoir lieu, il faut nécessairement chercher d'autres causes. Et ne peut-on pas les trouver dans l'altération générale de l'organisme qui règne à cette époque de la maladie, et qui paraît liée à une mo-

dification du sang? Quoique, dans la dothinentérie, les expériences de plusieurs observateurs modernes n'aient point encore fourni d'une manière positive la preuve que le sang y soit altéré, quelques probabilités disposent à le faire admettre : en effet, l'état séreux du sang, la fréquence des hémorragies, les pétéchies, les ecchymoses, la flaccidité des muscles, la prompte décomposition des cadavres, rendent vraisemblable l'altération de ce fluide.

Un symptôme que l'on a fréquemment trouvé, ce sont les épistaxis. Au début de la maladie, si elles étaient abondantes, elles apportaient le plus souvent de l'amélioration ; mais si elles se répétaient plusieurs fois dans le cours de la maladie, ou apparaissaient avec l'état adynamique, dans ces cas elles augmentaient trop souvent la prostration, la pâleur de la face, le trouble de l'intelligence; enfin, elles aggravaient beaucoup l'état des malades.

A ces symptômes plus ou moins caractéristiques de la dothinentérie, M. Louis en ajoute un autre auquel il donne une très-grande valeur, et qu'il regarde comme pathognomonique de cette affection: c'est l'existence d'un râle sec et sonore, ou sifflant, quelquefois muqueux, ordinairement universel et très-bruyant. « On ne le rencontre » pas, dit M. Louis, à un même degré ou d'une manière aussi uni- » verselle, à beaucoup près, dans le catarrhe pulmonaire aigu primitif, » à part quelques cas rares; d'autant plus digne de remarque, que, » malgré son étendue, la respiration est peu gênée alors, infiniment » moins que dans le catarrhe pulmonaire simple dans les mêmes » circonstances. Et c'est souvent la disproportion entre la dyspnée et » le râle qui donne à celui-ci quelque chose de caractéristique dans » l'affection typhoïde ; de manière que sa présence dans un cas dou- » teux, quand l'affection est légère, les symptômes cérébraux peu » prononcés, pourrait éclairer le diagnostic (1). Ce râle a lieu, suivant M. Louis, aux cinquième, sixième et huitième jours de l'affection, quelquefois au début, et se transforme, dans quelques cas, en

(1) Recherches sur la gastro-entérite, t. II, p. 283.

râle crépitant ou sous-crépitant, presque toujours circonscrit et indiquant une pneumonie lobulaire. On conçoit combien serait important ce symptôme, si on le trouvait constamment; mais dans la dothinentérie qui a régné à Brest, sur plus de trente malades auscultés avec attention, et chez lesquels le caractère typhoïde était bien dessiné, nous n'avons entendu ce râle que chez un seul malade; encore ce bruit ne fut-il que passager, car le lendemain il nous fut impossible de le découvrir.

Enfin, avant de terminer cet examen, parlerons-nous des expériences chimiques faites par M. Leuret, sur les urines, dans les fièvres typhoïdes? Ce médecin prétend que chaque fois que les urines ont fait effervescence avec les acides, l'issue de la maladie était fatale. Voulant répéter les recherches de M. Leuret, nous avons traité par les acides sulfurique et nitrique les urines de plusieurs malades près de succomber à la dothinentérie, et jamais nous ne les avons vues présenter le caractère alcalin.

Telle a été, dans le plus grand nombre des cas, la marche qu'a suivie dans ses diverses périodes la dothinentérie. On a pu remarquer qu'au début les symptômes inflammatoires, associés quelquefois à un état muqueux, prédominaient, et qu'à ceux-ci succédaient bientôt ces grands troubles de l'innervation qui ne sont pas seulement propres à cette affection, mais qui forment aussi le cortége inséparable de toutes les épidémies, telles que la fièvre jaune, la peste, le choléra-morbus, maladies dans lesquelles l'influx nerveux est toujours profondément affecté. Nous avons dû noter ici le caractère de la dothinentérie observée à Brest, parce que, suivant les constitutions médicales régnantes, les climats, les localités, etc., etc., les épidémies de cette maladie prennent différentes physionomies dont la connaissance peut servir à établir le diagnostic, et surtout à fournir des inductions précieuses pour la thérapeutique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les principales lésions que l'on rencontrait dans les autopsies appartenaient à l'appareil folliculaire de la fin de l'iléon ; elles étaient constantes et formaient le caractère anatomique de la dothinentérie.

Les follicules de l'intestin grêle sont placés entre les membranes muqueuse et musculeuse, et se distinguent en *follicules isolés* (glandes de Brunner) et *agminés* (glandes de Peyer). Les premiers se remarquent indifféremment dans toute l'étendue de l'intestin grêle ; les seconds occupent de préférence la fin de cet intestin et la partie diamétralement opposée à l'insertion du mésentère : ils se présentent aussi sous la forme de bandelettes plus ou moins allongées, ovalaires ou irrégulièrement rondes et toujours dirigées suivant la longueur de l'intestin. Ces follicules agminés sont d'autant plus rapprochés, qu'on les cherche plus près de la valvule iléo-cœcale; rares dans le jéjunum, ils manquent dans le duodénum; à l'endroit où ils existent, l'iléon offre de nombreuses saillies et est moins transparent.

La connaissance de la disposition anatomique des follicules explique pourquoi les lésions les plus nombreuses et les plus graves se rencontrent à la fin de l'iléon : là, en effet, les follicules sont multipliés et très-rapprochés, et, suivant M. Scoutetten, les alimens étant obligés de séjourner pendant l'acte de la digestion en cet endroit un temps plus ou moins long par l'arrêt que forme la valvule de Bauhin, deviennent, par leur contact prolongé sur ces glandes, trop fréquemment une cause de maladie.

M. Trousseau a décrit, dans les *archives générales de médecine*, jour par jour, le développement morbide des follicules intestinaux avec une précision telle, que l'on serait tenté de croire qu'il fait l'histoire d'une éruption cutanée. Il prétend que l'éruption folliculaire se termine au septième jour; qu'après cette époque, jamais de nouvelles pustules n'apparaissent, et que celles qui existent primitivement parcourent leurs diverses périodes avec régularité. Cela peut être : cependant, dans les nécropsies que nous avons faites, nous

avons observé des altérations des follicules à différens degrés d'intensité et d'ancienneté, et il n'était pas du tout rare de trouver sur un même intestin, à côté des glandes seulement tuméfiées, des ulcérations déjà assez profondes, et d'autres à des degrés d'altération moindre.

Chez les sujets qui ont succombé à la dothinentérie, l'intestin grêle, ouvert le long de l'insertion du mésentère et examiné avec soin, offrait différentes altérations organiques, suivant l'époque plus ou moins avancée de la maladie à laquelle on les observait. On trouvait la muqueuse de l'intestin grêle recouverte de petits boutons arrondis, durs, blanchâtres, disséminés ou rapprochés, remplis d'un mucus épais, caséeux, et recouverts par la tunique interne. Ces boutons semblaient indiquer le premier état d'altération des glandes de Peyer et de Brunner; mais outre ces pustules naissantes, il en existait d'autres plus avancées : celles-ci faisaient saillie dans l'intérieur du canal intestinal, et laissaient apercevoir à leur centre une petite ouverture indice du conduit excréteur de la glande; avec l'accroissement des follicules, l'ouverture devenait plus visible, les bords se renversaient en dedans, et alors les pustules, déprimées à leur centre, avaient assez d'analogie avec les boutons varioliques. Plus tard ces bords s'érodaient, et l'on voyait apparaître de petites ulcérations qui sont probablement le résultat de l'expulsion de la matière par le travail d'élimination. Dans d'autres endroits, les ulcérations s'étendaient, envahissaient tout le follicule, et étaient converties en larges ulcères à bords inégaux et à surface grisâtre, granuleuse et de mauvaise nature. Cet état pathologique ne se voit pas ordinairement, dit-on, avant le quinzième jour de la maladie au moins. Plus tard on trouvait des ulcères d'une fétidité repoussante, noirâtres et recouverts d'escarres gangréneuses d'une certaine épaisseur; le fond des ulcères reposait tantôt sur la musculeuse, tantôt sur la séreuse qui seule séparait la cavité intestinale de la cavité péritonéale : si, dans ce cas, le travail désorganisateur fait des progrès, il s'ensuivra nécessairement une perforation de l'intestin, perforation que nous avons rencontrée deux fois à la fin de l'iléon.

La forme des ulcérations variait; tantôt arrondies, le plus communément elliptiques, leur plus grand diamètre était toujours dans le sens de la longueur de l'intestin. Ces lésions étaient toujours d'autant plus avancées qu'elles étaient plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale; c'était aussi probablement le point par où commençait la maladie, car plus haut on remarquait des altérations qui souvent venaient de naître.

Outre ces lésions graves, on rencontrait encore des plaques non ulcérées faisant empreinte sur la muqueuse, coupant, interrompant les valvules conniventes : à l'endroit où ces plaques existaient, la muqueuse paraissait usée; leur surface était criblée de petits points noirs et dont l'aspect a été comparé avec assez de justesse à celui d'une barbe nouvellement faite. Presque toujours on trouvait des plaques encore intactes, couvertes de rugosités, que l'on pouvait prendre pour un boursouflement de la muqueuse. Cet état de la muqueuse est dû sans doute au développement peu prononcé des follicules agminés, et est le commencement des lésions plus graves que nous avons déjà décrites. Si, à l'aide d'un scalpel, on faisait une incision sur ces plaques dothinentériques, on s'assurait qu'elles étaient formées d'un tissu assez consistant; les faisait-on macérer dans l'eau, après quelques jours il devenait aisé de reconnaître les orifices des follicules agminés.

Chez un malade qui allait entrer en convalescence, et qui succomba à une indigestion, on trouva, dans le nombre des ulcérations, quelques-unes qui, à leur aspect, semblaient indiquer une tendance vers la guérison : celles-ci occupaient le voisinage de la valvule iléo-cœcale; leur fond était rougeâtre, détergé, et commencait à présenter au centre une petite pellicule, indice d'une cicatrisation prochaine. Nous n'avons jamais observé de cicatrices bien constituées, parfaites; mais, d'après ce que rapportent tous les auteurs, ce mode de guérison doit être assez fréquent, et il se ferait ordinairement du vingtième au trentième jour.

La muqueuse des intestins grêles, à part la lésion des follicules, présentait différens états de coloration; elle était colorée en jaune ou

en vert par la bile; si la maladie existait depuis long-temps, elle offrait une teinte ardoisée grisâtre. A la valvule iléo-cœcale s'arrêtait la maladie, et à l'exception de quelques follicules tuméfiés ou ulcérés dans le cœcum, les gros intestins ne donnaient pas d'altération bien appréciable. Quant à l'estomac, sa muqueuse était ordinairement saine; dans deux cas, elle a été trouvée épaissie, ramollie.

Une autre lésion organique inhérente aux désordres qui s'opèrent dans l'intestin grêle, est celle des ganglions mésentériques. L'état morbide de ces ganglions correspondait le plus souvent à celui des follicules agminés; ceux qui se trouvaient placés le plus près de la fin de l'iléon étaient aussi les plus malades; du reste, leurs altérations variaient depuis leur simple augmentation de volume jusqu'à la désorganisation de leur substance propre. Les maladies d'organes qui, comme les ganglions mésentériques, reçoivent tant de vaisseaux et de nerfs, doivent exercer une grande influence sur la nutrition et la vie. Et ne pourrait-on pas attribuer la violence des symptômes qui appartiennent à la dothinentérie, à la lésion de ces ganglions? Ceux-ci sont, comme on le sait, des espèces de réservoirs élaborateurs du chyle; ce fluide réparateur ne pourrait-il pas, en séjournant dans des tissus malades comme le sont les ganglions, se ressentir de cet état, être modifié dans sa constitution, peut-être même acquérir des propriétés délétères, et, une fois mélangé au sang, l'altérer et causer plus tard ces phénomènes insolites et ces troubles de l'innervation qui se passent dans l'organisme?

Quoique nous dussions croire à l'existence des lésions cadavériques graves de l'encéphale, d'après les désordres qui s'étaient manifestés pendant la vie dans les fonctions cérébrales, nous n'en avons cependant observé que dans quelques cas rares, et encore ces lésions se bornaient-elles à une injection plus ou moins forte du cerveau et de ses enveloppes, avec une petite quantité de sérosité dans les ventricules, lésions qui seules ne pouvaient expliquer les accidens survenus pendant la vie.

Les organes renfermés dans la poitrine n'offraient pas ordinairement d'altérations bien appréciables : la trachée-artère et les bron-

ches étaient quelquefois rouges, légèrement enflammées. Les poumons étaient presque toujours trouvés dans leur état normal. Le cœur était sain ; dans trois cas seulement, sa membrane interne, ainsi que celle de l'aorte, avait une couleur rouge assez prononcée, couleur que M. Boisseau attribue à une *angéio-cardite*, et que M. Andral regarde comme un phénomène cadavérique ; et il pose en loi que la fréquence des cas où l'on rencontre de la rougeur à la surface interne du cœur et aux vaisseaux, est proportionnelle à la durée du temps écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à celui où a lieu l'ouverture du corps. M. Louis prétend que cette coloration est un phénomène d'imbibition tout spécial, qui suppose une altération plus ou moins profonde du cœur ou du tissu de l'artère.

La rate a été trouvée très-fréquemment tuméfiée, ramollie, remplie d'un sang noirâtre, violacée et se réduisant sous les doigts en une sorte de putrilage.

TRAITEMENT.

Plusieurs méthodes thérapeutiques ont été préconisées et mises en usage contre la dothinentérie ; ces méthodes ont dû varier comme les théories médicales qui leur avaient donné naissance, et il en sera toujours ainsi tant qu'on se laissera dominer, moins par l'expérience que par les idées préconçues. Il n'est pas facile de faire un choix parmi les médications excitantes, toniques, évacuantes, révulsives, antiphlogistiques, prônées par les uns, dépréciées par les autres : le médecin sage, débarrassé de tout esprit de système, pourra, selon l'occurrence, mettre tour à tour ces différentes médications à contribution, et souvent avec succès. On conçoit, en effet, qu'il ne peut exister une méthode unique de traitement dans une maladie qui, comme la dothinentérie, affecte rarement la même forme, et qui présente presque toujours dans sa marche les caractères pathologiques les plus opposés.

La méthode purgative des Anglais est employée par eux, dans les

fièvres typhoïdes, dans le but de désobstruer l'orifice des follicules distendus, engorgés par la matière épaissie qui y est contenue, et par là de prévenir leurs ulcérations. Ils combinent généralement ce traitement avec la saignée, pour modérer l'action vasculaire. M. Bretonneau a cherché à réhabiliter chez nous l'usage des purgatifs salins, mais en bornant leur emploi à la période d'ulcération. Aujourd'hui, en France, la méthode de MM. Delaroque et Piedagnel est plus large: ces médecins administrent les purgatifs à toutes les époques de la maladie, quelles qu'en soient l'intensité et la force. Cependant M. Piedagnel, tout en reconnaissant que les fièvres typhoïdes légères guérissent par les purgatifs, avoue que, dans la plupart des cas, ce traitement fatigue beaucoup les malades, exige une grande attention pour son administration, et que la mortalité effrayante qui en a été la conséquence dans les fièvres graves, démontre la nécessité de recourir à d'autres moyens. Et ne doit-on pas craindre, en effet, du moins telle est notre opinion, que l'usage répété des purgatifs, surtout à une époque avancée de la maladie, en irritant et en déterminant des mouvemens péristaltiques des intestins, ne nuise aux ulcérations et ne favorise les perforations ?

MM. Petit et Serres n'avaient point été sans s'apercevoir que les purgatifs administrés dans les fièvres typhoïdes avaient souvent pour résultat d'aggraver le mal. Aussi les bannirent-ils complètement de leur thérapeutique; et établissant leur théorie sur le caractère de stupeur et d'anémie que présentaient ces affections, ils dirigèrent contre elles un traitement tonique. Mais si, dégagé de toute prévention, on lit avec soin leurs observations, on voit souvent, sous l'influence de cette médication, des accidens graves se développer, et on est alors disposé à croire que si ces auteurs ont obtenu quelques succès, ils les doivent en partie aux moyens révulsifs et antiphlogistiques qu'ils employaient, et qui, réunis aux toniques, pouvaient en atténuer l'action. Dans ces derniers temps, M. Dance, qui s'est beaucoup occupé du traitement des fièvres typhoïdes, rejette entièrement les toniques de leur thérapeutique, et ne trouve leur application dans aucune période de la maladie. Pour nous, qui ne nous sommes pas soumis à

telle théorie ou à telle autre, nous pensons que l'opinion de M. Dance est peut-être trop exclusive; car souvent nous avons vu les toniques, administrés avec précaution dans la période d'adynamie, produire les résultats les plus heureux; mais nous croyons que c'est avec raison qu'il les proscrit au début de la maladie.

M. Clanny, frappé du trouble de l'innervation et des évacuations alvines exorbitantes qui se remarquent dans les fièvres typhoïdes, attribua ces dernières à l'altération du sang produite par la disparition de son acide carbonique; et pour rendre à ce fluide le gaz qu'il a perdu, il conseilla l'eau de Seltz, les potions effervescentes, et l'acide carbonique en lavement. Récemment M. le professeur Chomel ayant expérimenté ce moyen sans en avoir retiré de bons effets, fut conduit à conclure que l'acide carbonique n'était pas un anti-typhoïde aussi puissant qu'on l'avait annoncé. Nous ne pouvons rien dire de ce médicament, ne l'ayant jamais vu employer.

On trouve aussi consigné, dans la thèse de M. Landini, que M. Bretonneau a fait usage, du vingt-deux au vingt-huitième jour de la dothinentérie, de l'eau de chaux coupée avec du lait, ou de quelques onces d'eau artificielle de Bonnes, dans le but de dessécher les ulcères intestinaux, comme l'on voit les ulcères de la peau se dessécher par l'emploi de ces moyens. Il paraît qu'on en a obtenu quelques avantages; mais nous ne nous expliquons pas trop l'action de ce médicament qui, avant d'arriver aux parties malades, a séjourné pendant quelque temps dans l'estomac, et là a dû subir des modifications qui l'ont altéré nécessairement dans sa nature et ses propriétés.

Enfin, les chlorures de chaux et de soude, et tout récemment l'éther phosphorique, ont été préconisés contre la dothinentérie; mais l'expérience jusqu'à présent n'a point prononcé sur l'efficacité de ces substances.

La méthode antiphlogistique a paru, dans un assez grand nombre de cas, conduire à d'heureux résultats. En général, les émissions sanguines faites avec réserve sont utiles dans la première période de la dothinentérie. Si la maladie continue à faire des progrès, et qu'on

aperçoive des phénomènes adynamiques, persister plus long-temps dans leur emploi serait aggraver le mal et diminuer les chances de salut. Alors, mais seulement alors, on peut recourir avec avantage aux toniques, *sulfate de quinine, vin, éther*, etc. : cette médication est à peu près celle qui fut suivie à Brest.

Dès le début, surtout si le sujet était jeune, les symptômes inflammatoires intenses, une saignée générale avait les plus grands avantages, et si elle n'enrayait pas la maladie, au moins n'est-il pas douteux pour nous qu'elle n'ait exercé, dans plusieurs circonstances, une influence favorable sur sa durée et sa terminaison définitive. Si les phénomènes inflammatoires n'étaient pas aussi tranchés, on avait recours de préférence aux saignées capillaires à l'aide de sangsues ; elles étaient appliquées au nombre de vingt à trente sur la région iliaque droite. La céphalalgie formait-elle un symptôme prédominant, on en plaçait aussi quelques-unes aux mastoïdes. Ce moyen, dans la première période, est un de ceux qui nous ont paru avoir les meilleurs effets : et ne semble-t-il pas indiqué par la nature elle-même, puisque cette dernière l'emploie souvent pour opérer une crise favorable? On sait, en effet, que, dans bien des cas, les hémorragies nasales abondantes sont l'indice d'une terminaison heureuse de la maladie. Plus tard des indications positives tirées de l'état de pléthore ou d'irritation locale existaient-elles, on revenait à une seconde et même à une troisième application de sangsues, mais toujours avec prudence, redoutant la suppuration des follicules qui succède promptement à leur inflammation. Il ne faut pas oublier non plus que la maladie sera longue, et que, par conséquent, on doit laisser au malade assez de force pour soutenir le travail morbifique. En même temps qu'on suivait cette médication, on donnait des boissons gommeuses, et légèrement acidulées si la soif était trop vive. Des demi-lavemens émolliens de décoction de graines de lin ou d'amidon, dans lesquels on ajoutait dix à douze gouttes de laudanum, combattaient avantageusement la diarrhée et rendaient les douleurs plus tolérables; ces effets étaient surtout marqués, si les malades pouvaient les conserver au moins une dixaine de minutes ;

enfin, de très-larges cataplasmes émolliens mis à nu sur l'abdomen, très-fréquemment renouvelés, faisant office de bain local et entretenant une chaleur douce et humide sur le lieu où se passe le principal effort de la maladie, complétaient le traitement des premiers jours. Les bains généraux étaient encore un moyen précieux qu'on employait souvent quand la peau était sèche, aride. Il est inutile de dire qu'une diète sévère était rigoureusement prescrite.

Dans la seconde période ou nerveuse de quelques auteurs, le traitement, plus difficile, variait suivant la forme que prenait la maladie. Si l'adynamie n'était que légère, si le mouvement fébrile était considérable, on persistait dans l'usage des boissons acidulées secondées par les cataplasmes émolliens, les lavemens de même nature et la diète. Plus tard les symptômes adynamiques devenaient-ils plus menaçans, on prescrivait, en outre, quelques potions avec le sulfate de quinine à doses fractionnées, des embrocations d'huile camphrée sur l'abdomen, quelquefois des lotions de chlorure de soude ou d'oxycrat sur toute la surface du corps; enfin, on appliquait des sinapismes et des vésicatoires aux extrémités inférieures, qu'on recouvrait, aussitôt la rubéfaction ou la vésication produites, de cataplasmes émolliens. M. Louis a contesté l'efficacité de ces révulsifs, et leur a reproché de déterminer parfois des ulcérations gangréneuses. La crainte de cet accident, qu'on peut avec certaines précautions éviter, ne saurait faire exclure de la thérapeutique médicale un moyen aussi puissant que les vésicatoires; et il résulte pour nous que, toutes les fois qu'on a pu obtenir de leur application une bonne suppuration, ces révulsifs ont eu pour effet d'imprimer une marche des plus favorables à la maladie.

Quoique, dans la forme ataxique, les ressources qu'offre la médecine soient encore plus restreintes, cependant on trouve quelques règles thérapeutiques qui peuvent être utilement appliquées. C'est ainsi que, lorsqu'à une exaltation cérébrale très-grande se joignaient un pouls dur, une élévation de chaleur et des spasmes nerveux, on se trouvait quelquefois bien d'entourer le front de compresses trempées dans l'oxycrat, de revenir de nouveau, mais avec une

prudence extrême, à l'application de quelques sangsues aux mastoïdes, et de placer les malades dans un demi-bain d'enveloppe. On se gardait bien d'insister sur ces moyens, dans la crainte de voir survenir l'adynamie si redoutable en pareille circonstance. Concurremment avec ces moyens, quelques antispasmodiques à petites doses étaient administrés, et l'on promenait sur les extrémités inférieures des cataplasmes légèrement sinapisés. Les préparations opiacées avaient aussi d'assez bons effets, pourvu toutefois qu'il n'y eût pas tendance marquée à une congestion vers la tête.

Si, enfin, la forme ataxique se combinait avec la forme adynamique, la difficulté du traitement augmentait avec la gravité de la maladie; et alors on était réduit à se borner à une médecine expectante, c'est-à-dire à une médecine raisonnée, attentive, qui s'occupe à écarter toutes les causes morbifiques, à placer le malade dans les conditions hygiéniques les plus favorables, et, enfin, à régler la diététique.

En même temps que l'on dirigeait ainsi le traitement, on veillait avec la plus scrupuleuse attention à l'exécution des lois hygiéniques. Pour éviter tout foyer d'infection, les malades étaient isolés autant que le permettaient les localités, on répandait autour d'eux des solutions de chlore, et on apportait dans leur propreté le plus grand soin. La précaution de renouveler fréquemment le linge qui entoure les malades n'était pas négligée, et par là on évitait le contact toujours pernicieux des excrétions avec la peau, qui, dans cette maladie, a une si grande tendance à se gangrener. Un décubitus trop prolongé faisait-il redouter la formation d'escarres, on changeait souvent les malades de position, et on les plaçait sur des coussins de balles, de manière à éviter la pression des saillies osseuses. L'observation de ces précautions, qui paraissent peut-être minutieuses, est cependant d'une grande importance et d'une influence toujours précieuse pour le traitement.

Ce n'est que lorsque la gravité des symptômes avait entièrement disparu, qu'on s'éloignait de la sévérité de ce traitement. La convalescence bien établie réclamait encore de grands soins, surtout sous

le rapport de l'alimentation. On se gardait bien de donner aux malades des alimens qui, par leur détritus, pouvaient irriter les ulcérations intestinales et déranger la marche de la cicatrisation : on essayait donc d'abord quelques alimens très-légers, tels que des bouillons coupés ou des bouillies de froment, de riz. Si ces essais ne déterminaient pas d'accident, on augmentait progressivement l'alimentation; et enfin, après un temps plus ou moins long, le médecin avait souvent, par l'ensemble de cette médication simple et de ces soins attentifs, la douce satisfaction de voir ses efforts couronnés d'un plein succès.

Tel a été, en résumé, le traitement mis en usage à l'hôpital maritime de Brest, et qui, dirigé par des mains habiles, nous a paru avoir des résultats avantageux, puisque, sur plus de quatre-vingts individus atteints de dothinentérie grave, c'est à dire avec des phénomènes ataxiques ou adynamiques, neuf seulement y ont succombé.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Suppléant.* Anatomie.
BROUSSONNET. } Clinique médicale.
CAIZERGUES. }
LALLEMAND. } Clinique chirurgicale.
SERRE, *Examinateur.* }
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
DUPORTAL, *Examinateur.* Chimie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchemens.
GOLFIN. Thérapeutique et matière médicale.
RIBES, *Président.* Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ, *Examinateur.* Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER. *Suppléant.*
KUHNHOLTZ, *Examinat.*
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE, *Examinateur.*
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchemens, Clinique interne et externe, suivant le titre de Docteur en Médecine ou en Chirurgie que le Candidat voudra acquérir* (examen pratique).

6e et Dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*